



SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL Y EDUCACIÓN TEMPRANA

ESTADO DE NEW JERSEY • DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS

Contestar a la dirección siguiente:

A INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE/COSOLICITANTE **POR FAVOR LEA LAS INSTRUCCIONES. ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE. CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS**

1. NOMBRE DEL PADRE/SOLICITANTE NÚM. DE SEGURO SOCIAL _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

(Apellido) _____ (Primer nombre) _____ (Inicial) _____ (número 9 cifras) _____ (Mes/Día/Año) _____

La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta del solicitante.

RAZA: Indígena Americano o de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico Blanco

ETNICIDAD: Hispano/Latino: Sí No **SEXO:** Masculino Femenino

Parentesco del SOLICITANTE con los niños: Padre Madre Adulto responsable legalmente Padre de crianza Otro: _____

2. NOMBRE DEL PADRE/COSOLICITANTE (Si aplica) NÚM. DE SEGURO SOCIAL _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

(Apellido) _____ (Primer nombre) _____ (Inicial) _____ (Número 9 cifras) _____ (Mes/Día/Año) _____

La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta del solicitante.

RAZA: Indígena Americano o de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico Blanco

ETNICIDAD: Hispano/Latino: Sí No **SEXO:** Masculino Femenino

3. DIRECCIÓN DE LA CASA (número y calle) _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Condado: _____ Distrito escolar: _____

4. TELÉFONO DE LA CASA: (_____) _____

5. NÚMERO DE ADULTOS EN LA FAMILIA: _____ **NÚMERO DE NIÑOS EN LA FAMILIA:** _____ **TAMAÑO TOTAL DE LA FAMILIA :** _____

En el tamaño de la familia se debe incluir a padres, cónyuges, hijos para los que se solicita el subsidio, otros niños dependientes, o adultos reclamados en el formulario IRS 1040 del solicitante o cosolicitante. Cuando se trata de parientes, en el tamaño de la familia se debe incluir el niño para quien se solicita el subsidio y todos los dependientes reclamados en el formulario IRS 1040 del abuelo, tía o pariente. Para los casos de DYFS, un niño y cualquiera de sus hermanos que vivan en la misma casa y que están colocados en una ubicación fuera del hogar pagada por DYFS, deben contarse para determinar el tamaño de la familia.

B INFORMACIÓN DE INGRESO DE LA FAMILIA **ADJUNTE PRUEBA DE INGRESO ORIGINAL – LAS 4 SEMANAS CONSECUTIVAS MÁS RECIENTES**

No se requiere incluir la información de las personas pagadas por DYFS para brindar cuidados. Los pagos para los menores de DYFS colocados en lugares fuera de su hogar no se cuentan como ingreso.

	PADRE O MADRE/SOLICITANTE				PADRE O MADRE/COSOLICITANTE			
	SEMANA	2 SEMANAS	MES	AÑO	SEMANA	2 SEMANAS	MES	AÑO
1. Sueldo y salario (bruto)								
2. Pensiones, jubilaciones								
3. Beneficios de seguro social/suplementaria								
4. Compensación laboral/desempleo								
5. Asistencia en efectivo TANF								
6. Pensión infantil/alimenticia								
7. Otro: _____								
8. INGRESO BRUTO TOTAL								

C INFORMACIÓN DE TRABAJO/ ESCUELA/CAPACITACIÓN **DEBE ANEXARSE PRUEBA DE MATRÍCULA VIGENTE EN LA ESCUELA**

	PADRE/SOLICITANTE	PADRE/COSOLICITANTE
Nombre del centro PRIMARIO de trabajo, escuela, capacitación: Dirección completa (calle, ciudad, estado y código postal) (Si aplica, escriba "negocio propio")	_____	_____
Número de teléfono: _____	_____	_____
Marque uno: <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Capacitación		<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Capacitación
Escriba la fecha de inicio (Mes/Día/Año): _____	Fecha de inicio: ____/____/____	Fecha de inicio: ____/____/____
Marque uno y escriba: <input type="checkbox"/> Tiempo completo _____ Núm. horas/sem	<input type="checkbox"/> Tiempo completo _____ Núm. horas/sem	<input type="checkbox"/> Tiempo completo _____ Núm. horas/sem
Número de horas/semana y meses/año para el trabajo/escuela/capacitación	<input type="checkbox"/> Medio tiempo	<input type="checkbox"/> Medio tiempo
	<input type="checkbox"/> Empleo temporal _____ Núm. meses/año	<input type="checkbox"/> Empleo temporal _____ Núm. meses/año
Nombre del centro SECUNDARIO de trabajo, escuela, capacitación: Dirección completa (calle, ciudad, estado y código postal)	_____	_____
Número de teléfono: _____	_____	_____
Marque uno: <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Capacitación		<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Capacitación
Escriba la fecha de inicio (Mes/Día/Año): _____	Fecha de inicio: ____/____/____	Fecha de inicio: ____/____/____
Marque uno y escriba: <input type="checkbox"/> Tiempo completo _____ Núm. horas/sem	<input type="checkbox"/> Tiempo completo _____ Núm. horas/sem	<input type="checkbox"/> Tiempo completo _____ Núm. horas/sem
Número de horas/semana y meses/año para el trabajo/escuela/capacitación	<input type="checkbox"/> Medio tiempo	<input type="checkbox"/> Medio tiempo
	<input type="checkbox"/> Empleo temporal _____ Núm. meses/año	<input type="checkbox"/> Empleo temporal _____ Núm. meses/año

D	SÍ NO	DEBEN CONTESTARSE TODAS LAS PREGUNTAS. NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES INCOMPLETAS. DEBE ADJUNTARSE LA DOCUMENTACIÓN CORRESPONDIENTE PARA VERIFICACIÓN.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. ¿Está usted participando en este momento en el Programa de Cupones de Alimentos?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ¿Está usted recibiendo en este momento/ha recibido usted asistencia para la atención infantil con una subvención de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Cuidado Infantil de Transición (TCC, siglas en inglés) a través del Programa de <i>Work First New Jersey</i> (WFNJ, siglas en inglés) en los últimos dos años? Si contestó que sí, indique cuándo se vencen (vencieron) los beneficios, escriba el Mes, Día y Año ___/___/___ y el número de caso de TANF: _____.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. ¿Tiene su familia un caso abierto ante la División de Servicios a Jóvenes y Familias (DYFS, siglas en inglés) y están residiendo con usted los menores para los cuales usted está solicitando servicio? Si contestó que sí, por favor dé el nombre de la oficina: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. ¿Está usted recibiendo una subvención de TANF? Si contestó que sí, por favor indique el número de caso de TANF: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. ¿Tiene usted o un miembro de su familia un problema médico crónico para el cual se recomienda el cuidado infantil como parte del plan de tratamiento/rehabilitación? Si contestó que sí, indique el nombre de la persona/agencia que autoriza el plan de tratamiento y el número de teléfono: Nombre de la agencia: _____ Núm. de teléfono: (____) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. ¿Es usted el/la cabeza del hogar donde reside?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. ¿Está usted indigente o corre el riesgo de quedar indigente?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. ¿Están los niños para los que pide asistencia de cuidado infantil en un hogar de crianza de DYFS, un hogar de crianza de DYFS "para-foster" o un hogar preadoptivo de DYFS? Si usted está empleado o participa en un programa escolar o de capacitación, debe adjuntarse la prueba para efectos de DYFS.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. ¿Recibe usted efectivo o asistencia de cupones específicamente para pagar su vivienda?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. ¿Está solicitando asistencia porque la oficina de la Junta de Servicios Sociales/Agencia de Bienestar del Condado (CWA/BSS) le informó que usted no es elegible para el programa de Cuidado Infantil de Transición (TCC) o Asistencia Temporal para Necesitados (TANF)?
(Marque una)		11. Entiendo que estoy presentando mi solicitud ante la agencia para: <input type="checkbox"/> Asistencia de pago con COMPROBANTES <input type="checkbox"/> Servicios CONTRATADOS en un centro basado en la comunidad

E	INFORMACIÓN SOBRE LOS NIÑOS	INCLUYA A CADA MENOR QUE NECESITE SERVICIOS DE CUIDADO INFANTIL PARA EL QUE SE SOLICITE ASISTENCIA. UTILICE EL DOCUMENTO TITULADO "FORMULARIO SUPLEMENTARIO" PARA DAR LA INFORMACIÓN DE OTROS MENORES.
---	-----------------------------	--

Nombre completo del NIÑO Núm.1 **NÚM. DE SEGURO SOCIAL** **FECHA DE NACIMIENTO**

_____/_____/_____
 (Apellido) (Primer nombre) (Inicial) (Número 9 cifras) (Mes/Día/Año)

La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta para el NIÑO Núm. 1.

RAZA: Indígena Americano o de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico Blanco

ETNICIDAD: Hispano/Latino: Sí No **SEXO:** Masculino Femenino

Indique las horas/días/duración cuando se necesita atención infantil: _____

El menor tiene una necesidad especial: No Sí *Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación* _____

Nombre del centro o persona que brinda cuidado infantil si el menor está inscrito en este momento (a fin de evitar pagar tarifas más altas de las requeridas, esta información puede ser necesaria para ayudar a la agencia a evaluar de forma precisa la cantidad de su pago complementario).

USO DE LA AGENCIA: Estatus (marque uno) Negado Aprobado Lista de espera Pendiente

USO DE DYFS (Escriba el núm. de caso de 8 cifras.): **KC** _____/_____
 Programa: ___ Código: ___ Componente: ___ Pago complementario adjudicado (elegir uno, escribir y encerrar en un círculo): \$___ Semanal \$___ Mensual. Fecha de inscripción: ___/___/___

Nombre completo del NIÑO Núm.2 **NÚM. DE SEGURO SOCIAL** **FECHA DE NACIMIENTO**

_____/_____/_____
 (Apellido) (Primer nombre) (Inicial) (Número 9 cifras) (Mes/Día/Año)

La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta para el NIÑO No. 2.

RAZA: Indígena Americano o de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico Blanco

ETNICIDAD: Hispano/Latino: Sí No **SEXO:** Masculino Femenino

Indique las horas/días/duración cuando se necesita atención infantil: _____

El menor tiene una necesidad especial: No Sí *Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación* _____

Nombre del centro o persona que brinda cuidado infantil si el menor está inscrito en este momento (a fin de evitar pagar tarifas más altas de las requeridas, esta información puede ser necesaria para ayudar a la agencia a evaluar de forma precisa la cantidad de su pago complementario).

USO DE LA AGENCIA: Estatus (marque uno) Negado Aprobado Lista de espera Pendiente

USO DE DYFS (Escriba el núm. de caso de 8 cifras.): **KC** _____/_____
 Programa: ___ Código: ___ Componente: ___ Pago complementario adjudicado (elegir uno, escribir y encerrar en un círculo): \$___ Semanal \$___ Mensual. Fecha de inscripción: ___/___/___

Nombre completo del NIÑO Núm.3 **NÚM. DE SEGURO SOCIAL** **FECHA DE NACIMIENTO**

_____/_____/_____
 (Apellido) (Primer nombre) (Inicial) (Número 9 cifras) (Mes/Día/Año)

La información siguiente se necesita para efectos estadísticos. Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) para indicar la respuesta para el NIÑO No. 3.

RAZA: Indígena Americano o de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Nativo de Hawai o de las Islas del Pacífico Blanco

ETNICIDAD: Hispano/Latino: Sí No **SEXO:** Masculino Femenino

Indique las horas/días/duración cuando se necesita atención infantil: _____

El menor tiene una necesidad especial: No Sí *Si contestó que sí, indique la necesidad especial y adjunte la verificación* _____

Nombre del centro o persona que brinda cuidado infantil si el menor está inscrito en este momento (a fin de evitar pagar tarifas más altas de las requeridas, esta información puede ser necesaria para ayudar a la agencia a evaluar de forma precisa la cantidad de su pago complementario).

USO DE LA AGENCIA: Estatus (marque uno) Negado Aprobado Lista de espera Pendiente

USO DE DYFS (Escriba el núm. de caso de 8 cifras.): **KC** _____/_____
 Programa: ___ Código: ___ Componente: ___ Pago complementario adjudicado (elegir uno, escribir y encerrar en un círculo): \$___ Semanal \$___ Mensual. Fecha de inscripción: ___/___/___

SE LE PUEDE REQUERIR QUE PROPORCIONE PRUEBA ADICIONAL DEL TAMAÑO DE LA FAMILIA, EDAD DEL NIÑO, INGRESO O RESIDENCIA PARA VERIFICAR LA ELEGIBILIDAD.
LA DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO REQUERIDA PUEDE INCLUIR EL FORMULARIO 1040 DEL IRS MÁS RECIENTE, COBROS DE SERVICIOS BÁSICOS (ENERGÍA, AGUA, TELÉFONO) O EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO.

